

## РАЗМЫШЛЕНИЯ ПО ПОВОДУ СТАТЬИ «СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРАДИЦИОННЫХ И ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЩИТОВИДНОЙ И ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗАХ»<sup>1</sup>

Пожалуй, не стоит долго говорить об актуальности представленной статьи, так как в настоящее время попытки хирургов, занимающихся тиреоидной патологией, направлены на уменьшение частоты осложнений. Большинство авторов при этом идут по пути доказательства необходимости выполнения максимального по объёму вмешательства (тиреоидэктомия при любой патологии щитовидной железы, тиреоидэктомия с паратиреоидэктомией при первичном, вторичном и третичном гиперпаратиреозе). Гораздо меньшее число исследователей пытаются обосновать необходимость минимизировать травму, в том числе за счёт видеотехники и видеоассистированных вмешательств. По этой причине представленная работа весьма интересна.

В литературе встречается немного работ, освещающих вопросы, которые рассматривают авторы. Именно поэтому для читателя было бы очень важно увидеть в этой статье своего рода руководство, в котором чётко, методологически верно, с позиций доказательной медицины, иллюстративно продемонстрированы преимущества видеоассистированных операций в такой деликатной области человеческого тела.

Пусть не сердятся на меня глубокоуважаемые авторы статьи, но дизайн исследования страдает. Некорректно объединять вместе тиреоидную и паратиреоидную патологию и сравнивать результаты в целом. Необходимо выделить в основной и контрольной группах подгруппы и сравнивать между ними, потому что специфика операций, вид осложнений и длительность операции будут разными.

Не приведено сравнение основной и контрольной групп по размерам узлов щитовидной железы. Невольно в основную группу подбирались пациенты с небольшим диаметром узлов (автор указывает диаметр менее 2 см). В этой ситуации показания к операции вообще выглядят относительно небольшими. В контрольной группе, наверняка, узлы были больше.

Не приведены результаты гистологического исследования узлов, показывающие, что пациентам не потребовались расширение объёма операции и переход на открытую операцию.

Понятно, что в основной группе сложно набрать большое число пациентов. Тем более, если авторы находятся на первом этапе работы. Однако уж в группе сравнения могло бы оказаться гораздо большее количество пациентов. Тогда бы и цифры осложнений не выглядели такими страшными. Иначе в интерпретации авторов

статьи получается, что традиционные открытые операции являются какими-то ужасно травматичными и опасными. Так, частота нарушения фонации после традиционных операций составила 7 из 45 человек. Это очень много. Есть о чём задуматься в плане совершенствования техники открытых операций – в первую очередь.

Всем читателям было бы приятно чуть подробнее прочитать о технике видеоассистированной операции, использованном оборудовании, местах введения инструментов, этапах операции. Да и фотографии были бы весьма уместны.

Наверняка, это было нерандомизированное исследование, и пациенты подбирались специально, чтобы на первом этапе освоения технологии не испортить о ней впечатление. Я вовсе не осуждаю такой подход на этапе становления технологии, но и выводы тогда должны быть аккуратные. Автор в принципе в этом плане корректен, когда пишет, что «видеоассистированные операции не уступают стандартным операциям по возможности безопасного выполнения достаточного объёма резекции щитовидной железы, визуализации околотитовидных структур, длительности операции».

Продолжительность лечения в стационаре нельзя считать достоверным индикатором эффективности вообще, поскольку сроки лечения пациентов регламентированы медико-экономическими стандартами в рамках обязательного медицинского страхования.

Если в качестве сравниваемого показателя выступает длина послеоперационной раны, то необходимо приводить конкретные значения в группах в виде  $M \pm m$  и давать значение критерия Стьюдента.

По статистической обработке есть замечания. Количество больных в каждой группе не достигает 100, поэтому считать проценты и в тексте, и в таблицах неправомерно и некорректно. Нужно использовать критерий Фишера или Пирсона.

В целом могу сказать, что идея видеоассистированных операций на щитовидной и паращитовидных железах весьма «заразительна» и побуждает эндокринных хирургов к освоению новых технологий. Не ошибается тот, кто ничего не делает. Первый опыт всегда труден. Все проблемы преодолимы, и впереди у авторов хорошие перспективы.

*Е.А. Корымазов, д.м.н., проф.,  
Самарский государственный медицинский  
университет,  
Самара, Россия*

<sup>1</sup>Хасанин М.М. Сравнительный анализ традиционных и видеоассистированных операций на щитовидной и паращитовидных железах // Казанский мед. ж. – 2015. – №3. – С. 307-309.